

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N° 476

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME d'ÉTAT)

PAR

Paul-Louis ROYER

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 27 Mai 1929 à MÉNÉAC (Morbihan)

présentée et soutenue publiquement le

**TUMEURS SAIGNANTES BÉNIGNES
DE L'ETHMOÏDE**

Président : Monsieur A. AUBIN (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI^e

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:--

Année 1957

No

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Paul-Louis ROYER

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 27 mai 1929 à Ménéac (Morbihan)

--:--

Présentée et soutenue publiquement
le

--:--

TUMEURS SAIGNANTES BENIGNES

DE L'ETHMOIDE

--:--

Président : Monsieur A. AUBIN (Professeur)

--:--

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS

1957.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER E., OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux Sports)	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale, sociale	BERNARD J.
Carcinologie	N.
Chimie Médicale	JAYLE
{ Hôtel-Dieu	BROCQ
Cliniques Chirur. { Broussais	G. d'ALLAINES
{ Salpêtrière	MOULONGUET
{ Cochin	QUENU
Clinique chirurgicale répara- trice et orthopédique)	{ MERLE d'AU- BIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique chirurgicale infan- tile et d'orthopédie)	FEVRE
Clinique chir. pleuro-pulmon.	MONOD
Clinique de la Tuberculose	BERNARD E.
Clinique de neuro-chirurgie	{ PETIT- DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées) et syphilitiques	DEGOS
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER
Clinique des maladies du systè- me nerveux	} ALAJOUANINE

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales } et de l'encéphale }	DELAY
Clinique du diabète sucré et des } maladies de la nutrition }	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO
	BARIETY
Cliniques Médicales	J. RESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique méd. hydro-climat. thér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R.
	LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSER GOUYGOU CHRISTOL NEVOT BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J DUPERRAT TUCHMANN BULLIARD COUJARD N.... CORNET BOYER DEPARIS BASTIN DEROBERTE GAULTIER HADENGUE DAVID LHERMITTE GRASSET LE LORLIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY BREGEAT DESVIGNES JUDET AUBRY MADURO BRUMPT CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX	Pat. Chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB MATHEY OLIVIER(CI) POILLEUX THOMERET VERNE(J M) MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHÉ MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFRAMM JOSEPH POLONOVSKI CI. MOZZICONACCI Melle LEVY CHEYMOL BARGETON DEJOURS PARROT DJOURNO GOUGEROT KREIS
Bactério- logie	(	Pat. expé riment.	(
Biol. méd.			
Chimie méd.			
Dermato-syphil.			
Embryologie			
Histologie			
Hydrologie			
Hygiène			
Mal. infect.			
Médecine)	(	Pat. méd.	(
légale et	(		
du Trav.)	(		
Neurochir.			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtalmo- logie	(	Pédiatrie	(
Orthopédie	(	Pharmacol.	(
Oto-rhino- laryngo.)	(		
Parasito.		Physiol.	(
Parasito.col.		Physique	(
		médicale	(
Pat. chir.		Pneum.phthis.	(

	MM.		MM.
Psychiatrie	{ BARUK	Stomato	{ CHAPUT Mme
	{ PICHOT		{ CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie	{ COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
Clinique chir	{ PADOVANI		{ FAUVERT
	{ ROUX	Clinique m ^d .	{ HAGUENAU
	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique } { ECALLE			{ MARCHAL
obstét. } { MAYER			{ SOULIE
Clinique } { OFFRET			
ophtal } { RENARD			

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
..... Melles DUMAITRE
Bibliothécaires LE NOIR
..... METIN
..... QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A mes Beaux-Parents

En témoignage de mon
affection et de ma
reconnaissance.

A ma Femme

Dont la douceur et la
patience m'ont aidé à
persévérer.

A mes Enfants

A toute ma Famille

A tous mes Amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur André AUBIN

Professeur de la Chaire d'Oto-Rhino-
Laryngologie à la Faculté de Méde-
cine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a ouvert si généreu-
sément les portes de son
service de Lariboisière,
et nous a largement fait
profiter de son enseignement.

Qu'il veuille bien agréer l'hom-
mage de notre respectueuse
admiration et de notre vive
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur J.J. DEBAIN

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

Qui a suivi pas à pas notre travail, nous faisant bénéficier de ses conseils à la fois si précis et si agréables et nous a prodigué des marques de sympathie auxquelles nous fûmes particulièrement sensible.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A tous ceux qui nous ont enseigné

Hommage respectueux

TUMEURS SAIGNANTES BENIGNES
DE L'ETHMOIDE

— : —

INTRODUCTION

-:-

L'observation récente d'un cas d'angiome de l'ethmoïde chez une petite fille, de deux autres cas de tumeurs saignantes, bénignes de l'ethmoïde chez des femmes, nous a donné l'idée de consacrer notre thèse à ce sujet.

- Il s'agit de tumeurs rares dont les ouvrages classiques ne parlent pas. Aussi le nombre d'observations que nous avons pu relever dans la littérature est très réduit, surtout si nous ne tenons compte que des descriptions suffisamment explicites.

- Du point de vue étiologique, un fait est frappant, elles se rencontrent presque exclusivement dans le sexe féminin et avec une certaine fréquence chez l'enfant.

- Anatomiquement, ce sont les tumeurs qui se développent à partir de l'ethmoïde, qu'elles occupent en partie ou en totalité, et qui évoluent vers la fosse nasale.

- Cliniquement :

- Ces tumeurs sont pédiculées et sortent du méat moyen.

- Elles sont en général volumineuses.

- Leur caractère commun principal est une propension extrême aux hémorragies tant spontanées que provoquées : c'est ce qui en fait leur gravité essentielle.

- Leur évolution est celle des tumeurs bénignes.

- Leur diagnostic est souvent difficile en raison de leur rareté et de leurs aspects trompeurs.

- Enfin la thérapeutique de ces tumeurs est identique, elle est essentiellement chirurgicale, elle doit être rationnelle et efficace : seule l'extirpation complète permet d'éviter la récurrence.

- Quant aux aspects histologiques, ils sont très divers :

- si les uns sont parfaitement déterminés,
- les autres ne le sont pas encore ou donnent lieu à des conclusions discordantes comme nous le verrons.

°°°

Conformément au titre que nous nous sommes donné, nous devrions englober dans ce groupe de tumeurs, toutes celles dont l'implantation se fait tant dans le labyrinthe ethmoïdal que sur la muqueuse du cornet moyen ou du méat moyen. En fait, il semble s'agir dans ces derniers cas de petites tumeurs, certes très hémorragiques mais dont l'extraction peut se faire au serre-nœud et qui, par conséquent, n'ont pas l'intérêt de celles que nous nous proposons de décrire en particulier.

-:-

HISTORIQUE

-:-

Aucun travail n'a encore été consacré à ces tumeurs saignantes et bénignes de l'ethmoïde.

- Dans la littérature déjà ancienne on trouve de nombreux ouvrages et observations se rapportant aux tumeurs fibro-vasculaires bénignes des fosses nasales. Il s'agit le plus souvent du "polype saignant de la cloison", et parfois de tumeurs identiques à localisation extra-septales : plancher de la fosse nasale, paroi externe du vestibule, cornet inférieur.

Les cas où l'implantation se fait sur la muqueuse du cornet moyen ou du méat moyen sont déjà plus rares (Malan 1910 - Bertoin, 1923).

- Quant aux tumeurs vasculaires bénignes à point de départ ethmoïdal vrai, seule la littérature toute récente nous livre quelques observations :

Parmi celles-ci nous ne pouvons considérer que les publications qui apportent des renseignements cliniques, histologiques et opératoires suffisants.

- La première de ces observations retenues est celle de Radcliffe, publiée en 1951, concernant un fibro-angiome de l'ethmoïde.

- En 1953, Lemarié rapporte le cas d'un angiome caverneux prenant tout l'ethmoïde.

- La même année, Huet publie l'observation d'un angio-histiocytome développé à partir de l'ethmoïde.

- En 1955, Fleury et Lemoyne ont rencontré un cas analogue.

- En 1955, le Docteur Debain a opéré aux Enfants Malades une de ces tumeurs de nature mal définie que nous présentons avec trois cas personnels que le hasard nous a permis d'observer pendant la même année 1956 dans le service de notre Maître le Professeur Aubin à Lariboisière.

- Il est vraisemblable qu'un certain nombre de cas nous échappe. Par ailleurs, il ne nous a pas été possible de consulter dans leur texte intégral plusieurs observations qui entrent, sans doute, dans le cadre de ces tumeurs. Nous citerons Fiori Ratti, 1948 - Méda, 1948 - Urbantschitch 1948 - Von Bajkay 1949 - Bloch 1950.

- Quoi qu'il en soit, toutes ces publications sont très récentes.

Est-ce dire que ces tumeurs n'aient jamais été observées auparavant ? Certes pas. Il est plutôt vraisemblable qu'elles aient été confondues avec d'autres néoformations ethmoïdales tant l'erreur est facile, même histologiquement, dans certains cas.

rynx. Le mœchage antérieur serré, modère l'hémorragie mais se révèle insuffisant.

L'anesthésiste, sur place, pratique rapidement une intubation trachéale avec sonde à ballonnet et rendort la jeune malade. Un tamponnement postérieur est alors placé et finit par se rendre maître de l'hémorragie.

L'enfant est reconduite à son lit. Elle est manifestement choquée : pâle, son pouls est petit, bat à 140. Sa tension artérielle est à 7/4.

- une perfusion de sang est immédiatement mise en route.

- une numération globulaire faite d'urgence montre :

globules rouges : 4.420.000

globules blancs : 22.000

Ces chiffres contrastent nettement avec l'importance de l'hémorragie. Il semble que cet examen ait été fait en pleine phase d'hémoconcentration.

- un traitement aux antibiotiques est institué.

- A la suite de cet épisode alarmant, il est évident que la tumeur n'est pas une tumeur banale. La possibilité d'une tumeur angiomateuse est évoquée.

L'examen histologique (Docteur Dalion) vient d'ailleurs confirmer cette hypothèse : il s'agit d'un véritable angiome de type capillaire.

Un examen radiologique pratiqué montre :

- Un sinus maxillaire uniformément voilé.
- et une opacité franche de l'ethmoïde antérieur gauche. Il semble même qu'il y ait une sorte de pédicule opaque visible au niveau de l'ethmoïde antérieur, juste en arrière de l'unguis.

La décision d'une 2ème intervention est alors prise, mais on attend que l'état général de l'enfant soit amélioré.

- en quelques jours, l'enfant, grâce aux transfusions répétées, se recoloré. La numération de globules rouges est satisfaisante, mais la formule blanche révèle un certain degré d'infection. La température est d'ailleurs aux alentours de 38-39°. La tension artérielle est de 11/7. Le pouls bat aux environs de 90. Un examen des tympans les montre rosés, épaissis des 2 côtés (tamponnement postérieur).

- Une tentative d'ablation du tamponnement postérieur en place depuis 3 jours se solde par un échec.

L'hémorragie réapparaît, très importante encore. Elle nécessite un nouveau tamponnement postérieur mais cette 2ème hémorragie est mieux supportée que la première.

- Devant l'impossibilité de démêcher, l'intervention est précipitée.

Elle est pratiquée le 26.11.56 par le Dr Debain.

- Anesthésie générale sous intubation trachéale (Dr Deumier) et perfusion continue de sang.

- La carotide externe gauche est liée au préalable.

- On intervient par voie de Rouge-Denker étendue jusqu'à l'os propre.

- Le sinus maxillaire est rempli de sang. Sa muqueuse est simplement tuméfiée.

- Le méchage postérieur est enlevé et il ne se produit pas de saignement.

- La majeure partie de la portion nasale de la tumeur a été extraite au serre-noeud lors du temps antérieur. Le reste, c'est-à-dire le pédicule et la portion ethmoïdale implantée, à la partie haute de l'ethmoïde antérieur, est enlevé facilement en entier à la

grosse pince de Luc.

- L'hémorragie est modérée. L'intervention se termine par un tamponnement postérieur.

- Les suites opératoires ont été excellentes. L'enfant a très bien supporté cette intervention. Le méchage est enlevé le 2ème jour sans aucune nouvelle hémorragie.

A la sortie de l'Hôpital, le 4 décembre, 1956, l'état général est bon, l'état local très satisfaisant. Cependant un léger jettage nasal gauche persiste.

- L'enfant est suivie régulièrement, la fosse nasale est parfaitement libre et il n'y a aucune suspicion de récédive (février 1957).

o°o

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE LA PIECE OPERATOIRE (Dr DALION)

- Epithélium malpighien aminci et ulcéré.
- Sous celui-ci chorion contenant de nombreuses lumières vasculaires appartenant manifestement à un angiome.

- Même aspect sur toutes les coupes.

- Le tissu conjonctif est peu densifié et riche en cellules à ce niveau.

- Conclusion : malgré l'ulcération et certains caractères du conjonctif, il semble que l'on soit bien en présence d'un véritable angiome et non d'un bourgeon charnu.

OBSERVATION N° 2

—:—

(Inédite)

(Dr. DEBAIN - Service O.R.L. des Enfants Malades).

- Maryse L..., 9 ans, entre dans le service O.R.L. des Enfants Malades (Dr. M. BOUCHET) le 29 août 1955, envoyée d'Oran pour fibrome naso-pharyngien. Ce diagnostic paraît étonnant chez une fille de 9 ans. Pourtant l'interrogatoire apprend que l'affection a débuté deux ans auparavant, en 1953, soit à l'âge de 7 ans, par une obstruction nasale gauche avec mouchage purulent et des épistaxis de plus en plus importantes.

L'examen a montré une masse polypoïde comblant la fosse nasale et la radiographie, une opacité du sinus maxillaire et des cellules ethmoïdales du côté gauche. En février 1954, une tentative d'extraction de ce polype au serre-noeud provoque une hémorragie extrêmement abondante. L'examen histologique du fragment retiré a donné la réponse suivante : "Tumeur sous-muqueuse fortement vascularisée, formée de cellules conjonctives d'aspect polymorphe, parfois atypiques mais sans monstruosité. Il s'agit d'histioblastes et de fibroblastes avec quelques flots de cellules xanthomateuses. Les mitoses sont rares et d'aspect normal. L'ensemble présente l'aspect histologique de l'histiocyto-fibroblastome" (Dr TERDJMAN).

C'est donc bien l'image d'un fibrome naso-pharyngien. D'ailleurs la tumeur repousse rapidement, les hémorragies prennent une importance inquiétante et les parents décident de profiter de leur séjour en France pour venir consulter à Paris.

- A l'entrée dans le service, l'examen montre à nouveau l'obstruction complète de la fosse nasale gauche qui est remplie de pus. Après nettoyage à l'aspirateur, on aperçoit une masse rougeâtre assez ferme, peu mobile, qui saigne au toucher du porte-coton et provient du méat moyen. Par contre, la rhinoscopie postérieure et le toucher révèlent que le cavum est absolument libre. La température oscille entre 37,4 et 37,8. La tension artérielle est de 12/8. Temps de saignement : 1 minute 15. Temps de coagulation 5 minutes 30 ; numération globulaire : hématies 3.970.000 ; leucocytes 5.600, hémoglobine 80 % ; formule sanguine : granulocytes neutrophiles 55, éosinophiles 3, petits lymphocytes 14, grands lymphocytes 23, monocytes 5.

5 séances de radiothérapie (50 r par séance) sont appliquées sur la tumeur du 31 août au 5 septembre.

L'enfant est opérée par le Dr DEBAIN le 7 septembre sous anesthésie générale au penthotal avec oxygène par intubation trachéale, phénergan, largactil et perfusion de sang (400 g) (Dr DEUMIER). La table est inclinée progressivement de façon à relever la tête et abaisser les pieds. Après ligature de la carotide externe gauche, la tumeur est abordée par incision sous-labiale et voie de Rouge-Denker. Le sinus maxillaire est indemne et contient seulement du pus. La tumeur occupe uniquement la fosse nasale et est insérée au plan fond de l'ethmoïde. Elle est enlevée au serre-noeud facilement et ne présente nullement la large implantation de l'adhérence des fibromes naso-pharyngiens. L'hémorragie est modérée et un tamponnement serré l'arrête aussitôt.

Il se produit cependant un choc important avec chute tensionnelle à 7/4 qui dure

plusieurs minutes puis la tension remonte à 10/6.

Les suites opératoires sont simples. La température atteint 38,4 le lendemain puis redevient normale.

Le tamponnement est enlevé le 9, l'enfant quitte le service le 20 septembre pour retourner en Algérie.

Nous avons eu de ses nouvelles depuis à l'occasion du 1er janvier : tout allait bien.

°°°

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DE LA PIECE OPERATOIRE (Dr NEZELOF) (1) ne donne lieu à aucun diagnostic précis.

- Une étude complémentaire de cette tumeur avec l'aide des colorations à l'argent (Réticuline de Wilder), de Hotchkiss et la coloration des graisses a été pratiquée.

- Ces coupes ont, d'autre part, été montrés au Professeur GAUTHIER-VILLARS, au Professeur DELARUE et au Docteur BODIAN de L'hôpital Great Ormond Street (Londres).

- De cette confrontation, aucun diagnostic précis n'est sorti. Il n'a même pas pu être précisé s'il s'agissait d'une tumeur bénigne ou d'une tumeur maligne. Il semble cependant que l'on puisse éliminer formellement l'hypothèse d'une tumeur nerveuse.

- D'autres études et d'autres avis vont être demandés.

-:-

(1) Centre Anti-Cancéreux de Necker.

OBSERVATION N° 3

:-

(Personnelle)

(Service O.R.L. - Lariboisière)

- Envoyée de la Martinique, Madame Z..., Joséphine, âgée de 45 ans, de race noire, entre dans le service le 19 mai 1956 pour "Polyposse nasale récidivante suspecte de dégénérescence maligne".

- Voici son histoire clinique :

- Le tout début semble difficile à préciser, car la malade déclare "avoir toujours eu le nez bouché".

- Quoi qu'il en soit, c'est en 1952 qu'elle a consulté pour la première fois lorsqu'elle a remarqué une petite prolifération affleurant la narine gauche. Une première extraction a été alors pratiquée par son médecin. A la suite de celle-ci, il s'est produit une hémorragie très importante qui a dû nécessiter 2 méchages successifs.

- Puis, rapidement, la tumeur s'est reproduite, exigeant une 2ème extraction en 1954, puis une 3ème en 1955. Chacune de ces séances a été suivie d'un important saignement.

- Un examen histologique a été pratiqué sur ces "polypes ulcérés et bourgeonnants" enlevés en 1955 : aucun signe de malignité n'a été constaté.

- Mais depuis les 4 derniers mois, la tumeur qui a encore récidivé, prend une extension considérable, saigne de plus en plus fréquemment et commence à retentir sur l'état général.

- C'est en raison de cette aggravation et de la suspicion de dégénérescence, que la malade est envoyée en métropole.

- A son entrée dans le service :
 - L'obstruction nasale est complétée à gauche.
 - Mais la malade se plaint avant tout de céphalées fréquentes, presque continues, à prédominance fronto-pariétale gauche.
 - Le cartilage alaire gauche est refoulé en dehors et dès l'introduction du spéculum on découvre la tumeur qui atteint le vestibule. Cette tumeur sort du méat moyen, elle comble toute la fosse nasale. Elle est rouge, sphacélique par endroits. Sa consistance est fibreuse, elle saigne au moindre contact. Elle refoule la cloison en dedans, réduisant l'autre fosse nasale à une fente.
 - La rhinoscopie postérieure retrouve cette masse qui franchit la choane.
 - Un certain nombre de signes négatifs sont relevés :
 - Il n'existe aucune déformation osseuse : l'angle interne de l'orbite est net, la fosse canine n'est pas comblée.
 - La sensibilité de la région du nerf sous-orbitaire est parfaitement conservée.
 - Un examen radiologique (Nez - menton, Nez-front, Hirtz) montre l'opacité franche de la fosse nasale gauche, correspondant à la tumeur ; un flou du sinus maxillaire et de l'ethmoïde des 2 côtés, mais l'absence de tout signe de destruction des contours osseux.
- Par ailleurs, l'examen de l'audition révèle une surdité bilatérale de type transmission, importante à gauche, apparue depuis un an, légère à droite depuis 4 mois.
- L'exploration des chaînes lymphatiques jugulo-carotidiennes montre des 2 côtés de petits ganglions élastiques, mobiles, indolents.

- L'état général est médiocre : la malade est asthénique, anorexique - elle a maigri de 7 à 8 kg les 4 derniers mois (elle pèse 34 kg et mesure 1 m 58). Elle se plaint en outre, de méno-métrorragies et de bouffées de chaleur.

En conclusion : le caractère récidivant de cette prolifération, le tableau clinique, malgré les signes qui font défaut, évoquent de toute évidence un cancer de l'ethmoïde. L'intervention est alors décidée.

Les examens préopératoires pratiqués donnent les résultats suivants : glycémie : 0,90 ‰ - Protides 75 g ‰ (sérine : 37 g ‰ - globulines 38 g ‰) - Rapport S/G = 0,95 - Hématocrite 43% - urée : 0,25 g ‰ - Numération - formule sanguine : GR : 4.600.000 - GB : 15.000 - Polynucléaires neutrophiles : 67 % - éosinophiles : 20% - basophiles : 1 % - lymphocytes : 25 % - monocytes 5 % - Groupe sanguin AB - Rh + - BW négatif - Temps de saignement : 4' - temps de coagulation : 11'.

- Par ailleurs, la tension artérielle est de 14-11. La température est normale.

L'intervention est pratiquée le 28 mai 1956 par le Dr DEBAIN.

- Anesthésie générale avec intubation et hypotension contrôlée (Dr GODARD).

- Incision para-latéro-nasale gauche.

- Résection de la super-structure.

La tumeur est implantée au plafond de l'ethmoïde et dans le méat moyen. Elle occupe toute la fosse nasale, se prolonge dans le cavum et dans le sinus maxillaire. Son ablation est facile, elle se fait en bloc à la pince d'Hautant. Elle ne présente aucune adhérence au niveau du sinus maxillaire. Elle refoule la cloison dont l'os a disparu, mais la muqueuse est intacte.

Elle pèse 48 g.

- Mickulicz - Mise en place dans la cavité de tubes de Radium : 1 tube de 10 mg
4 tubes de 2 mg,
qui vont être laissés 5 jours, soit 16,2 mcd.

- Mèches - sutures - mise aux antibiotiques.

- SUITES OPERATOIRES :

Le jour de l'intervention, la malade est un peu choquée : Tension artérielle : 8 1/2-6 Pouls à 110.

Sérum - Analeptiques - Tension artérielle toutes les 1/2 heures et tout s'arrange rapidement.

- Pansement le 5ème jour.

- Le compte rendu histologique de l'examen pratiqué sur la pièce opératoire est pour nous une surprise :

- Il ne montre aucune trace de l'épithélioma.

- Les coupes, d'interprétation difficile, montrent de nombreuses lumières vasculaires et l'association de tissu conjonctif assez dense et de tissu de granulation.

- En conclusion : il peut s'agir d'un angiome capillaire infecté.

- Les céphalées et les douleurs persistent une quinzaine de jours, puis cèdent.

La cicatrice est belle, la perméabilité nasale excellente - mais des croûtes comblent la cavité - des lavages et des pulvérisations locales d'hydrocortisone en viennent à bout.

- Signalons deux poussées thermiques au cours de la convalescence, l'une en rapport avec une angine rouge, l'autre avec un épisode pulmonaire banal.

Après 3 mois d'hospitalisation, la malade reçoit son billet de bateau et quitte le service le 18.8.56 pour regagner la Martinique.

-:-

OBSERVATION N° 4

(Personnelle)

(Service O.R.L. - Lariboisière)

- Madame D... Juliette , infirmière, 43 ans, entre dans le service de Lariboisière auquel elle est confiée par le Dr CACHIN qui ne peut opérer cette malade en raison de la fermeture momentanée du service de La Pitié. Il l'adresse pour "Tumeur Polypoïde de la fosse nasale droite et du cavum", dont un examen histologique pratiqué a fait porter le diagnostic de "sarcome myo-épithélial".

- Le début de la maladie remonte à 1 an 1/2 et s'est manifesté par de l'obstruction nasale et des épistaxis ; ces signes ont augmenté d'importance de façon progressive. L'obstruction nasale, droite au début, est devenue peu à peu bilatérale. Actuellement, elle est totale à droite, très marquée à gauche. Les épistaxis sont devenues de plus en plus abondantes et répétées. Des céphalées fréquentes et rebelles sont venues compléter la symptomatologie fonctionnelle dont l'intensité a fini par conduire la malade à se faire examiner il y a un mois environ.

- La tumeur a alors été découverte : énorme masse d'aspect polypoïde, remplissant la fosse nasale droite jusqu'à la narine, refoulant la cloison et remplissant le nasopharynx.

- Il n'existe aucune déformation extérieure , aucun signe d'extension aux organes voisins, aucune adénopathie.

- Sur les clichés, on voit l'ombre de la tumeur nasale et une opacité franche de l'ethmoïde droit, sans destruction des contours osseux.

- L'état général est parfaitement conservé.

Un prélèvement biopsique est pratiqué et examiné par le Professeur DELARUE. En voici le compte rendu reproduit dans son intégralité :

- 15 juin 1956.-

"A côté d'un petit lambeau de muqueuse nasale subnormale ces fragments comprennent surtout les éléments d'une prolifération tumorale.

"C'est une tumeur formée de cellules fusiformes disposées en faisceaux tourbillonnants, que séparent d'assez nombreuses lacunes vasculaires présentant toujours une paroi propre. Les cellules en prolifération sont allongées, ovalaires, avec un noyau très précis.

"Il s'agit ici d'une tumeur d'aspect sarcomateux, mais il n'est pas possible d'admettre qu'il s'agit ici d'un sarcome fibroblastique banal. Beaucoup de faits plaident en faveur d'une tumeur à cellules myo-épithéliales. Il s'agit d'une tumeur certainement extensive et maligne, mais de malignité relativement atténuée par rapport aux tumeurs conjonctives fibroblastiques.

"En principe, de telles tumeurs sont bien peu sensibles à l'action des radiations".

- La malade entre dans le service le 30 juin et est opérée le 2 juillet 1956 par le Dr DEBAIN.

- sous anesthésie générale avec hypotension contrôlée.

- voie de Rouge-Denker.

- Enorme masse friable occupant l'ethmoïde droit et les 2 sinus sphénoïdaux, dont l'ablation se fait sans difficulté.

- Grâce à l'hypotension, l'hémorragie est très modérée.

- Etant donné le résultat de la biopsie, pose immédiate de 4 tubes de Radium de 2 mg, qui sont laissés en place 7 jours (10 med).

- L'intervention est parfaitement supportée.

- Les suites opératoires, banales, sans histoire.

- Les conclusions de l'examen histologique pratiqué sur la pièce opératoire par le Docteur DALION sont les suivantes :

"On se trouve en présence d'une tumeur qui est constituée par la prolifération de cellules d'origine conjonctive : cellules effilées, formant des faisceaux disposés dans toutes les directions. On remarque, en outre, la présence de nombreux vaisseaux congestifs et d'hémorragies interstitielles.

"On ne remarque pas de monstruosité cellulaires ni de mitoses et il semble bien que cette lésion soit bénigne : il s'agirait d'un fibrome."

- Ces coupes montrées à un autre histologiste (Dr NEZELOF) sont interprétées de façon encore différente :

"Il s'agit en effet d'une tumeur constituée par la prolifération de cellules fusiformes, groupées en faisceaux relativement réguliers. Il semble s'agir d'un neurinome, ou peut-être de l'expansion trans-ethmoïdienne d'un méningiome".

Quoi qu'il en soit, la malade, opérée depuis huit mois, est revue régulièrement, elle est en bonne santé, il n'y a pas le moindre signe de récédive. Le fait semble

bien être en faveur de la bénignité de la lésion.

Or, chacun connaît la grande malignité des tumeurs nerveuses des fosses nasales et sait qu'elles récidivent dans les semaines qui suivent l'intervention. Cette hypothèse doit donc être écartée de façon certaine.

-:-

RESUME
DE QUELQUES OBSERVATIONS DEJA PUBLIEES

-:-

I.- OBSERVATION DE LEMARIEY (1953) -

Jeune fille de 17 ans - Obstruction nasale droite persistant depuis 1 an, malgré 4 extractions successives de nombreux polypes - extractions toutes suivies d'hémorragie abondante.

- A l'examen, masse polypoïde rougeâtre, sphacélique, ferme, peu mobile, encombrant toute la fosse nasale, du vestibule à la choane.

- Sur les clichés : opacité de la fosse nasale et de l'Ethmoïde droits .

- Le diagnostic clinique envisagé est celui de sarcome pédiculé de l'étage moyen.

- Mais une biopsie, donnant lieu à une hémorragie profuse et répétée, vient rectifier cette hypothèse : il s'agit d'un hémangiome caverneux infecté.

- L'intervention a lieu sous anesthésie loco-régionale après nargérol de base. Une ethmoïdectomie totale est pratiquée par voie para-latéro-nasale haute. La tumeur, du volume d'une noix, de coloration violacée, centrée sur le cornet et le méat moyen, est enlevée en bloc, avec de nombreux polypes réactionnels qui comblent à son voisinage les cellules ethmoïdales et le sinus maxillaire.

- L'examen histologique de la pièce confirme le diagnostic d'angiome caverneux.

- Guérison.

II.- OBSERVATION DE HUET (1953) -

Femme de 70 ans - Obstruction nasale unilatérale droite depuis 1942.

- 1er examen et 1ère extraction de "polypes" en 1949. Reproduction rapide. 2ème, puis 3ème ablation suivies d'hémorragie importante. Examen histologique lors de la 3ème séance : "angio-histiocytome proliférant avec de nombreuses mitoses" (Dr DUPERRAT)

- Hospitalisation en 1957 :

A l'examen : énorme polype rouge, saignant au contact, pédiculé, sortant du méat moyen, animé de mouvements pulsatiles - accompagné de polypes banaux.

A la radio : sinus maxillaire et ethmoïde opaques, sans déformation des parois.

Rien à signaler par ailleurs.

- Etant donné le résultat histologique (tumeur proliférante, nombreuses mitoses) la tumeur est considérée comme de nature maligne.

- Radiothérapie : 2000 r sur chacun des 2 champs sous orbitaire et jugal droits en trois semaines.

- Un mois plus tard : intervention.

Voie de Denker.

Formations polypoïdes hémorragiques de l'ethmoïde antérieur.

Sinus maxillaire, ethmoïde postérieur et sphénoïde, comblés de polypes banaux.

8 tubes de 2 mg de Radium pendant 5 jours (14,5 mcd).

- Aucune récurrence jusqu'à ce jour.

III.- OBSERVATION DE FLEURY ET LEMOYNE (1955)

- Femme de 43 ans.

- Début remontant à 4 mois : obstruction nasale, rhinorrhée unilatérale gauche.

Céphalées frontales prédominant à gauche sans horaire fixe - puis épistaxis spontanées et au mouchage.

- A l'examen, petite masse d'aspect sphacélique siégeant au niveau du méat moyen gauche, englobant la tête du cornet moyen, assez dure et saignant facilement.

- Biopsie : bourgeon très vascularisé, sans caractère malin : angio-histiocytofibrome.

- Traitement : De Lima plus extraction endonasale.

- Fleury englobe cette tumeur dans le groupe général des tumeurs fibro-vasculaires bénignes du nez, dont le "polype saignant de la cloison" est l'élément le plus fréquent.

IV.- OBSERVATION DE RADCLIFFE (1951)

- Garçon de 16 ans

- Depuis 14 mois, obstruction nasale unilatérale gauche, épiphora, rhinorrhée.

- Enorme masse comblant la fosse nasale, visible à la narine, très hémorragique.

- Radio : obscurité de tous les sinus maxillaire, ethmoïdal, sphénoïdal, et frontal (avec niveau liquide) du côté gauche.

- Intervention sous anesthésie générale, avec intubation et tamponnement pharyngien.

- Exploration endonasale très hémorragique - impossibilité de l'extraction par les voies naturelles.

- Caldwell-Luc, puis abord de l'ethmoïde où l'on voit le point de départ de la tumeur.

- Extraction totale.

- Examen histologique de la pièce :
stroma composé de tissu fibreux modérément
dense avec nombreux vaisseaux dilatés :
fibro-angiome de l'ethmoïde.

- RADCLIFFE considère ce cas comme celui
d'un fibrome naso-pharyngien à implantation
ectopique, ethmoïdale.

AUTRES OBSERVATIONS

-:-

Renseignements insuffisants ou autres
localisations de tumeurs angiomateuses
bénignes

Auteurs	Sexe	Age	Histologie	Siège
BLOCH (1950)			Angiome	Fosse Nasale
DEL MAGNO (1950)		6	Angio- fibrome	FN et sin. Max.
FIORI-RATTI (1948)			Hémangiome	Sinus Max. et ethmoïd
GRIMAUD (1956)	♀	8	Angiome caverneux	Sinus Max.
MAYOUX (1933)	♂	28	Angio- fibrome	Sinus Max.
MEDA (1948)	3 ♀		Hémangiome osseux du massif facial	
MILLARD (1955)	♀	26	Angiome caverneux	Cornet inférieur
PIQUET (1937)	♀	32	Polype angiomateux (pseudo- tumeur)	Méat Moyen
RETHI (1949)	♀	26	Angiome caverneux	Sinus Max.
URBAUTSCHITCH (1948)	♂	24	Hémangiome simple	Méat Moyen
VON BAJKAY (1949)	♀	70	Angiome caverneux	Cornet Moyen

Clinique

Traitement

-énorme
-évolution
rapide

Insc diathermique- ligature préa-
lable de carotide externe.

Ra. et Rx inefficaces. Ablation
à travers le sinus.

Caldwell-Luc. Ra et Rx ineffica-
ces. Ethmoïdectomie 1 an + tard

F.N. indemne
Tuméfaction ju-
gale

Caldwell-Luc

Aspect de poly-
pe choanal

Serre-noeud

Evolution rapide
(3 semaines)

Aspect myxoma-
teux. Evol. rapide

Denker. Ligature de carotide
externe

Alcool. intra-tumoral puis
extraction Caldwell-Luc

Plusieurs abla-
tions suivies de
récidives

Aiguilles de Magnésium
Excellent résultat.

2° angiome sur
partie post. de
cloison

Serre-noeud plus galvano.
Cautérisation du point
d'implantation.

ETIOLOGIE - PATHOGENIE

-:-

- Les tumeurs vasculaires bénignes ayant pour point de départ l'ethmoïde, sont extrêmement rares.

De nos recherches, nous ne retenons que 4 cas répondant à notre définition, auxquels nous ajoutons 4 observations que nous apportons.

- La répartition selon l'âge de ces 8 cas est la suivante :

- 2 enfants (5 et 9 ans)
- 2 adolescents (16 et 17 ans)
- 3 adultes (43 - 43 et 45 ans)
- 1 sujet âgé de 70 ans.

Ces néoformations s'observent donc à tous les âges de la vie sans prédominance particulière pour l'un d'entre eux. Il faut cependant remarquer qu'on peut les rencontrer chez l'enfant.

- Au contraire, si l'on considère le sexe des malades, on constate une prédominance certaine du sexe féminin.

- Parmi nos cas : 7 sont des femmes ou de petites filles. alors que 1 seulement est du sexe masculin.

- Malgré le petit nombre des observations ce fait semble devoir prendre une réelle valeur.

- Il est loisible d'incriminer comme facteurs prédisposants ou déclenchants tous ceux invoqués habituellement dans la genèse des néoformations des fosses nasales :

- les inflammations chroniques de la pituitaire.

- les coryzas répétés.

- le traumatisme même:

- en fait, ici, comme ailleurs, rien n'a pu être formellement retenu.

- les épisodes de la vie génitale ne paraissent avoir aucune influence, ni sur leur apparition, ni sur leur évolution.

- le rôle d'un terrain bien défini, hépatique ou sanguin, le rôle de la syphilis n'est pas évident.

HISTOGENESE -

- Dans l'ensemble, on peut se ranger à l'opinion de GIUFFRIDA qui pense à une origine probablement congénitale : ces néoformations provenant d'une dysplasie constitutionnelle locale des capillaires - d'autres causes moins importantes intervenant, entraînent au bout d'un certain temps le développement d'une tumeur.

- La théorie vaso-motrice de BUSCHKE (citée par DUPERRAT) concernant les angiomes en général, transposée à la pituitaire peut être retenue lorsqu'on pense au rôle important joué par le système neuro-végétatif à ce niveau.

"Des perturbations vaso-motrices à type de dilatation entraînent un apport sanguin considérable qui exalte par "irritation" ou par tout autre mécanisme, le pouvoir prolifératif des tissus embryonnaires. Ces phénomènes combinés finiraient par entraîner à la fois dilatations et néoformations vasculaires.

- Telles sont les hypothèses que l'on peut invoquer. En réalité l'histogenèse de ces productions saignantes est bien obscure.

-:-

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

==:

I. - MACROSCOPIQUE :

- Le Siège. -

Les tumeurs vasculaires que nous décrivons se développent aux dépens de la pituitaire du labyrinthe ethmoïdal.

- Leur point d'implantation se fait le plus souvent au niveau du plafond de l'ethmoïde. C'est une zone adhérente mais l'éradication chirurgicale en est généralement facile - de toute façon elle ne nécessite jamais les manœuvres de traction qu'exigent les fibromes naso-pharyngiens.

- Elles occupent l'ethmoïde en partie ou en totalité.

- Il arrive qu'elles poussent des prolongements dans le sinus sphénoïdal ou dans le sinus maxillaire correspondants, mais en général leur évolution se fait en dedans, vers la fosse nasale et leur exteriorisation emprunte la voie du méat moyen.

- Leur aspect : est essentiellement variable.

- Il s'agit de néoformations arrondies ou ovoïdes, parfois polylobées.

- Leur surface est lisse ou légèrement mamelonnée.

- Elles présentent le plus souvent un pédicule net, sans avoir la ténuité de celui des polypes banaux. Il manque dans certains cas, mais rarement.

- Leur volume dépend du degré d'évolution : il varie de la grosseur d'un oeuf de pigeon à celle d'une mandarine.

- Leur coloration : est parfois caractéristique : rougeâtre ou violacée, mais parfois aussi, aspect de polype banal. Cependant, presque toujours un fin lacis capillaire serré courant en surface indique bien le caractère vasculaire.

- Leur consistance - diffère en fonction de la plus ou moins grande richesse du tissu fibreux ou vasculaire.

- Les tumeurs angiomateuses pures sont en général élastiques, rénitentes.

- Les tumeurs dans lesquelles le tissu conjonctif est plus important, sont plus fermes mais leur consistance est rarement dure.

II.- HISTOLOGIE -

L'étude microscopique de ces tumeurs doit faire envisager successivement 2 éléments :

1° - le revêtement, variable, mais sensiblement analogue pour toutes ces proliférations de la pituitaire.

2° - La tumeur elle-même, dont l'aspect est propre à chaque variété.

1) Le revêtement :

a) Dans certains cas, persiste un épithélium de surface : Celui-ci est alors un revêtement de type cylindrique cilié ; mais bien souvent, métaplasie, il est du type malpighien. En certains points seulement, une mince couche de tissu conjonctif lâche sépare l'épithélium de la tumeur.

Une inflammation habituellement modérée se reconnaît dans cette région sous-épithéliale sous l'aspect d'une infiltration de

cellules rondes.

b) Bien souvent l'épithélium a disparu :

On peut alors voir en surface, tantôt une ulcération à fond fibrino-purulent, tantôt un tissu de granulation, tantôt une zone plus ou moins étendue de nécrose.

2) La tumeur :

Les aspects histologiques sont très divers :

- Il en est de simples.
- Il en est de complexes.
- Il en est même de très complexes qui donnent lieu à des interprétations différentes selon les anatomo-pathologistes et dont certains n'ont pas encore de solution malgré les nombreux avis demandés.

o°o

Parmi nos 8 observations, nous avons relevé :

- 2 angiomes de type capillaire typique.
- 1 angiome caverneux.
- 1 angio-histiocytome.
- 1 angio-histiocyto-fibrome.
- et 1 fibro-angiome.

Les 2 autres cas sont de nature indéterminée.

Nous allons envisager successivement ces diverses variétés :

1 - Les ANGIOMES ou mieux Hémangiomes - sont essentiellement constitués de tissu vasculaire.

- A la coupe, ils présentent une surface de section un peu irrégulière, formée de travées blanchâtres ou rougeâtres dont l'entrecroisement leur donne un aspect aréolaire et spongieux.

- L'aspect microscopique est variable selon qu'on a affaire à des angiomes simples ou à des angiomes caverneux.

a) Les angiomes simples sont essentiellement formés par de nombreux capillaires sanguins, tantôt dilatés, tantôt collabés, flexueux, qui constituent des pelotons à la périphérie desquels les capillaires poussent des pointes d'accroissement et donnent naissance à des pelotons secondaires, et ainsi de suite. La paroi de ces vaisseaux est uniquement constituée par de l'endothélium formé de cellules généralement saillantes, cubiques, parfois disposées en plusieurs couches.

b) Les angiomes caverneux ont l'aspect d'un tissu érectile formé par des cloisons fibreuses tapissées d'endothélium. Ils sont constitués par de larges cavités formant de véritables lacs sanguins.

2 - A côté de ces tumeurs simples où le tissu vasculaire est presque uniquement représenté, on rencontre des TUMEURS PLUS COMPLEXES.

Aux néoformations vasculaires toujours très abondantes, vient s'associer une prolifération de tissu conjonctif banal, ou d'éléments histiocytaïres.

Ainsi, selon les proportions respectives de ces divers éléments (vaisseaux, conjonctif banal, histiocytes) il a été décrit au niveau de l'ethmoïde :

- des angio-histiocytomes.
- des angio-histiocyto-fibromes.
- et des fibro-angiomes.

Nous ne décrivons pas ces divers aspects. Ce que nous avons dit ci-dessus et leur dénomination particulière suffisent à comprendre leur structure d'ensemble.

Mais nous ne pouvons omettre de faire remarquer l'analogie histologique que peuvent présenter ces tumeurs avec :

- le fibrome naso-pharyngien d'une part,
- les autres tumeurs fibro-vasculaires des fosses nasales d'autre part.

C'est la raison pour laquelle :

- RADCLIFFE rapproche son cas de fibro-angiome de l'ethmoïde des fibromes naso-pharyngiens, le considérant comme une implantation ectopique.

- FLEURY, de son côté, intègre son cas d'angio-histiocytofibrome de l'ethmoïde dans le cadre des tumeurs fibro-vasculaires des fosses nasales, telles que les ont décrites MALAN et l'école italienne. Il en fait une localisation particulière et rare.

Notre opinion est différente. Malgré ces ressemblances histologiques, nous pensons que ces tumeurs doivent être isolées, en une variété propre.

3 - Un 3ème groupe de ces tumeurs ethmoïdales est à mettre à part, et c'est peut-être celui qui offre le plus grand intérêt : c'est celui des TUMEURS DE STRUCTURE INDETERMINEE.

Nous en avons 2 cas parmi nos observations (observations N° 2 et N° 4).

Les coupes de ces tumeurs, montrées à plusieurs anatomo-pathologistes donnent lieu à des conclusions différentes. Notons un fait important : la diversité de ces interprétations est surtout fréquente lorsque l'étude histologique porte sur un prélèvement biopsique ou sur la pièce opératoire elle-même.

Par ailleurs, d'autres tumeurs examinées par de nombreux spécialistes très compétents

n'ont pu jusqu'à ce jour être définies malgré les coupes nombreuses, les colorations variées et l'étude soigneuse qui en a été faite.

Il n'a même pas été possible d'établir leur caractère bénin ou malin ; c'est l'évolution qui nous a permis de les considérer comme des productions bénignes.

S'agit-il d'une variété histologique encore inconnue ?

Cette question mérite d'être approfondie. Il s'agit certainement de tumeurs exceptionnelles, mais si d'autres cas de même aspect sont rencontrés, peut-être finira-t-on par acquérir des éclaircissements sur leur nature exacte.

SYMPTOMATOLOGIE

1. - Quels sont les signes qui amènent à consulter ?

2 sont majeurs :

- l'obstruction nasale permanente
- les épistaxis.

1°) L'obstruction nasale est de degré variable selon le stade d'évolution auquel on voit le malade.

- unilatérale au début, elle peut le demeurer, mais lorsque la tumeur refoule la cloison au côté opposé, elle devient bilatérale.

- progressive, elle devient de plus en plus marquée pour être totale.

- permanente, elle n'est modifiée par aucun produit médicamenteux et ne subit aucune influence climatique.

- Lorsqu'elle est très accentuée, elle s'accompagne de tout un cortège de troubles variés :

- La malade se plaint de céphalées.
- elle respire la bouche ouverte,
- elle ronfle la nuit, elle dort mal,
- un écoulement muco-purulent fréquent se fait avec difficulté par les narines et tombe dans le cavum.
- De là, diverses complications possibles du côté de :

l'appareil auditif,
du larynx,
de l'appareil broncho-pulmonaire et
digestif.

2°) Mais le signe fonctionnel majeur et
le plus évocateur est l'épistaxis :

- Elle est constante, toujours unilatérale.
- Elle apparaît à l'occasion d'un mouchage, d'une exploration au stylet.
- Mais, le plus souvent, elle est spontanée, survenant sans raison apparente.
- Au cours de l'évolution, ces hémorragies deviennent de plus en plus abondantes, ayant peu de tendance à s'arrêter d'elles-mêmes, nécessitant souvent un tamponnement. Elles deviennent également de plus en plus répétées.
- C'est parfois au cours d'une de ces hémorragies que l'on voit le malade.

2 - Par l'interrogatoire :

- On cherche à préciser le début de ces troubles : il s'est toujours manifesté de façon insidieuse et il remonte à quelques semaines, à quelques mois ou même à plusieurs années.

- Il est fréquent que la malade ait subi antérieurement plusieurs extractions de "polypes", toutes suivies d'hémorragies inquiétantes et qui n'ont entraîné qu'une rémission passagère.

3 - C'est l'examen qui fournit les renseignements essentiels :

- Parfois même avant l'introduction du spéculum, on remarque un refoulement de l'aile du nez et c'est en soulevant le lobule qu'on découvre une masse rougeâtre qui affleure l'orifice narinaire.

- Ces cas sont exceptionnels, et c'est la Rhinoscopie antérieure qui révèle la tumeur.

- Très souvent la fosse nasale est encombrée de sécrétions mucopurulentes, parfois teintées de sang qu'il convient d'aspirer afin de voir plus profondément.

- Une pulvérisation de cocaïne-adrénaline sur la muqueuse nasale permettra une meilleure exploration.

- L'examen découvre alors une masse :

- de volume variable, n'occupant que l'étage moyen de la fosse nasale ou au contraire comblant entièrement celle-ci d'avant en arrière.

- Cette masse se présente sous divers aspects :

. Tantôt tumeur arrondie ou ovoïde, de surface lisse, de coloration rougeâtre ou violacée.

. Tantôt tumeur polylobée, mûriforme, irrégulière ou presque bourgeonnante, très rouge, présentant des zones hémorragiques ou sphacélées.

. Dans certains cas, on a pu noter le caractère pulsatile de la tumeur (HUET), mais il paraît exceptionnellement rencontré.

- L'examen au stylet :

- permet d'apprécier la consistance : elle est variable, molle, élastique, rénitente ou ferme.

- Il précise la mobilité, qui est surtout fonction du volume de la tumeur.

- Il cherche à préciser le point d'implantation : souvent on voit le pédicule qui sort du méat moyen, mais parfois quand la tumeur est sessile ou volumineuse, il est difficile de le définir.

Insistons sur l'extrême prudence avec laquelle ce mode d'exploration doit être pratiqué. En effet, la moindre manoeuvre tant

soit peu brutale déclenche une hémorragie qui rend impossible tout examen ultérieur.

- L'application de cocaïne-adréraline sur la tumeur elle-même montre qu'elle se rétracte peu ou plus souvent pas du tout.

- Par ailleurs, la muqueuse de la fosse nasale est congestionnée du fait de l'inflammation toujours surajoutée.

- La cloison peut être :

- normale,

- très souvent, elle est refoulée du côté opposé et l'examen de l'autre fosse nasale montre alors celle-ci réduite à une fente qui ne permet qu'un passage très réduit de l'air respiré.

- .. La Rhinoscopie postérieure doit venir compléter l'examen antérieur des fosses nasales.

- Fait important, elle montre un cavum libre : la tumeur est à développement uniquement nasal.

- Tout ce qu'on peut voir, c'est son pôle postérieur qui comble plus ou moins la choane dont les contours peuvent être très bien suivis.

- De même, le toucher pharyngien est négatif, on ne sent aucune masse dans le cavum.

- Par ailleurs :

- L'examen de la cavité buccale n'apporte aucun renseignement.

- Il n'existe aucune déformation osseuse de la face.

- On ne trouve aucun point douloureux et la sensibilité cutanée est normale.

- L'examen oculo-orbitaire ne révèle rien de pathologique.

- L'exploration des différentes aires ganglionnaires cervicales, parotidiennes,

rétro-pharyngiennes, ne met en évidence aucune adénopathie.

Tous ces signes négatifs ont une importance majeure pour le diagnostic.

Il faudra en outre, par principe, rechercher d'autres localisations de tumeurs angiomateuses, cutanées ou muqueuses ; il ne nous a pas été permis de retrouver une telle association.

EVOLUTION - COMPLICATIONS - PRONOSTIC

I.- EVOLUTION NON TRAITEE.

- Elle est le plus souvent progressive et l'interrogatoire retrouve les premières manifestations (début d'obstruction nasale, épistaxis) remontant parfois à plusieurs années.

Mais dans certains cas, elle est rapide : Millard a observé un hémangiome de la fosse nasale qui a évolué en 3 semaines : le début a été marqué par des épistaxis sans qu'on puisse trouver à l'examen la moindre cause, puis l'obstruction nasale est apparue et 3 semaines après, un nouvel examen a révélé l'existence d'une énorme tumeur remplissant toute la fosse nasale d'avant en arrière.

- Quoi qu'il en soit, l'évolution est celle des tumeurs bénignes :

- La tumeur augmente de volume mais reste à l'intérieur des cavités naturelles : c'est essentiellement dans la fosse nasale qu'elle se développe. Dans certains cas, cependant, elle peut pousser des prolongements dans les sinus voisins : dans le sinus maxillaire - dans le sinus sphénoïdal.

- Lorsque son développement est important elle peut en refouler les parois (cloison en particulier) mais ne les détruit jamais. En outre, jamais d'envahissement ganglionnaire jamais de métastase.

- Mais la gravité essentielle de ces tumeurs vient de leurs complications qui sont les

conséquences des 2 principaux signes fonctionnels : les hémorragies - l'obstruction nasale.

a) Les hémorragies sont graves du fait de leur abondance et de leur répétition, et peuvent être à l'origine d'états d'anémie aiguë ou progressive qu'il sera indispensable d'apprécier avant toute intervention.

b) Les complications en rapport avec l'obstruction nasale sont variées et n'ont rien de particulier :

- Cortège de signes fonctionnels : céphalée, insomnie, ronflement, voix nasonnée.
- infection sinusienne très fréquente pouvant elle-même, du fait du mauvais drainage, être cause de complications propres.
- atteinte auriculaire :
 - hypoacousie par obstruction tubaire,
 - otite catarrhale simple.
- otite suppurée qui prend une allure traînante.
- infection des voies aériennes supérieures :
 - laryngite
 - trachéo-bronchite.
- Enfin, signalons la possibilité d'atteinte lacrymale, épiphora, dacryocystite par compression et infection des voies excrétrices.

Toutes ces complications régressent après l'ablation chirurgicale de la tumeur.

II.- EVOLUTION TRAITEE.-

Le traitement chirurgical de ces néoformations amène en général une guérison pure et simple.

Le seul problème est celui de la Récidive : en réalité elle est le fait d'interventions

incomplètes. Pour l'éviter, l'éradication totale par ethmoïdectomie est absolument indispensable.

En conclusion, le pronostic de ces tumeurs traitées correctement est très favorable.

— : —

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des tumeurs saignantes bénignes de l'ethmoïde est un diagnostic difficile.

Il doit comporter plusieurs étapes :

- 1°) une étape clinique qui ne permet qu'un diagnostic de suspicion.
- 2°) une étape radiologique qui est un appoint important.
- 3°) une étape histologique qui devrait apporter une certitude. En réalité, il n'en est pas toujours ainsi.

I.- ETAPE CLINIQUE :

Les renseignements que l'on peut tirer de l'examen sont les suivants :

- Il s'agit d'une tumeur à développement nasal qui émerge du méat moyen.
- Elle est très hémorragique spontanément et dès qu'on y touche.
- Elle évolue sans douleur.
- Elle ne s'accompagne d'aucune déformation osseuse extérieure.
- On ne trouve aucune adénopathie.

Tous ces signes plaident en faveur d'une tumeur vasculaire de l'ethmoïde sans signe de malignité - du moins si l'on y pense - mais ils n'ont rien de caractéristique et

tout au plus n'apportent-ils qu'une suspicion.

De toute façon, tumeurs rares, qui peuvent prêter à confusion, il convient de les distinguer d'un certain nombre d'affections des fosses nasales.

1°) Tout d'abord, s'agit-il d'une véritable tumeur ?

Il est en général facile de répondre à la question après avoir éliminé :

a) Le corps étranger des fosses nasales :

- fréquent chez l'enfant et le plus souvent méconnu.

- il donne lieu à des sécrétions muco-purulentes mêlées de sang, souvent fétides, unilatérales.

- la distinction sera parfois délicate lorsque le calcul sera enfoui au milieu de bourgeons inflammatoires d'aspect végétant.

- elle sera faite par une exploration attentive au stylet. L'analyse des commémoratifs et l'extraction du corps étranger trancheront vite.

- le rhinolith (corps étranger plus concrétions calcaires) se présente sous un aspect identique et se rencontre avant tout chez l'adulte car il demande plusieurs années à se constituer.

b) L'hématome et l'abcès de la cloison ne posent aucun problème en raison de l'anamnèse et de leur caractère aigu.

c) La rhinite hypertrophique prédomine au niveau des extrémités des cornets, elle ne saigne pas, se rétracte bien à la cocaïne-adréraline et est bilatérale.

d) La dilatation bulleuse du cornet moyen et l'ectasie de la bulle ethmoïdale ne saignent pas et donnent au stylet la sensation d'une coque fragile.

e) La syphilis nasale congénitale, exceptionnelle, ne se discute que dans ses aspects tardifs, à l'adolescence, et se présente comme les lésions du tertiarisme de l'adulte. La gomme siège sur la cloison osseuse, elle est douloureuse, rapidement obstruante, ulcérée, fétide et détermine des séquestrations. Les examens sérologiques confirmeront le diagnostic.

f) Les formes hypertrophiques de la tuberculose nasale : le tuberculome est implanté en général à la partie antéro-inférieure de la cloison et est recouvert d'une muqueuse saine ou légèrement hémorragique, sa consistance est mollassse. La coexistence de manifestations à distance et l'examen histologique de la pièce font le diagnostic.

Ces affections sont rapidement éliminées et nous ne les avons signalées que pour être complet. De même, le papillome - l'adénome sont de petites tumeurs arrondies, mûrifor- mes, peu ou pas hémorragiques, implantées avant tout à la partie antérieure des fosses nasales, et sont très différentes.

L'ostéome, l'enchondrome, rarement ethmoïdaux, sont des tumeurs dures, donnant une opacité radiologique franche.

2°) En réalité le problème se limite à 4 diagnostics importants :

- 1 - Les polypes des fosses nasales
- 2 - Le fibrome naso-pharyngien.
- 3 - Les autres tumeurs vasculaires bénignes des fosses nasales.
- 4 - et surtout les tumeurs malignes.

a) Les polypes des fosses nasales :

Les petits polypes inflammatoires accompagnant une sinusite suppurée et les polypes oedémateux de l'allergie naso-sinusienne, d'aspect gélatineux, translucides,

émergeant du méat moyen, des 2 côtés, en général ne ressemblent en rien aux tumeurs que nous étudions.

- Au contraire, le polype pseudo-angiomateux peut être très difficile à distinguer d'un angiome vrai de l'ethmoïde. Cliniquement, aucun signe ne permet la différenciation : la coloration, la consistance, le caractère hémorragique sont les mêmes dans les 2 affections. Seul l'examen histologique montrant la nature inflammatoire du polype permettra de trancher.

Le polype pseudo-angiomateux est encore désigné par DELARUE sous le nom de "Polype-tumeur" pour bien montrer les relations étroites mais seulement apparentes existant entre ces formations inflammatoires et les véritables formations vasculaires tumorales.

- Le polype antro-choanal ou polype solitaire de Killian.

- Typiquement, il est facilement reconnaissable :

- Il n'entraîne pas d'hémorragie.

Il se présente comme un ballonnet qui sort du méat moyen et qui bloque la choane.

Sa coloration est nacrée ou jaunâtre, translucide.

Sa surface est sillonnée de quelques arborisations, vasculaires.

Sa consistance est molle, élastique.

Il est mobile et ne saigne pas au stylet.

- Mais il finit par s'infecter et son aspect se modifie. Il devient rougeâtre ou violacé, sa consistance devient ferme et il se met à saigner. L'erreur est alors très facile.

- Nous insistons beaucoup sur cet aspect car il nous a induit en erreur (observation n° 1).

- Par contre, la polypose déformante et récidivante du Jeune ou syndrome de Woakes est bilatérale, s'accompagne d'une hyperostose avec élargissement des os propres du nez : elle ne pose aucun problème.

b) Le fibrome naso-pharyngien :

- Lorsqu'on le voit et qu'on le sent dans le cavum, il n'y a aucune difficulté.
- Il doit être discuté lorsque son développement est essentiellement antérieur.
- On trouve alors dans la fosse nasale une tumeur de coloration gris rosé ou lilas, parfois rouge sombre. Au stylet, la consistance en est dure, coriace, et cet examen fait saigner.
- Mais le fibrome naso-pharyngien se rencontre uniquement dans le sexe masculin et jamais chez des femmes, à l'inverse de nos tumeurs ethmoïdales. Il se voit avant tout chez des sujets jeunes aux environs de la puberté.
- Les aspects histologiques sont voisins dans certains cas (angio-histiocyto-fibrome, fibro-angiome).
- Mais un caractère différentiel est fondamental : c'est celui qui réside dans le siège et dans le mode d'implantation. En effet, le fibrome naso-pharyngien s'implante à la partie la plus reculée du plafond des fosses nasales, au milieu du cadre choanal, sur la partie latéro-vomérienne du corps du sphénoïde. L'insertion se fait par un large pédicule, court et très épais. L'adhérence en est extrême et demande pour être rompue une force considérable. L'arrachement de la tumeur entraîne avec elle le périoste sur lequel elle s'insère.

Opératoirement, le diagnostic entre ces tumeurs est donc facile.

c) Les autres tumeurs vasculaires bénignes des fosses nasales.

- Le "polype saignant de la cloison", petit, implanté sur la zone de Kiesselbach ne prête pas à confusion.

- de même que les tumeurs fibro-vasculaires, qui ont été décrites au niveau du plancher de la fosse nasale, du vestibule, du cornet inférieur et du cornet moyen.

Rappelons que du point de vue histologique, plusieurs de leurs aspects sont retrouvés au niveau des tumeurs de l'ethmoïde.

- Plus difficiles à éliminer sont les tumeurs angiomateuses du sinus maxillaire à évolution nasale.

- très rares également, nous n'en avons relevé que 4 cas (Del MAGNO - MAYOUX - RETHI : 2 cas d'angiome caverneux) (1 angio-fibrome).

- Elles se présentent sous des aspects parfaitement identiques à tout point de vue.

- Seul l'examen radiologique et l'intervention peuvent faire le diagnostic.

d) Enfin, diagnostic majeur : les tumeurs malignes de l'ethmoïde.

- Devant une tumeur de la fosse nasale rougeâtre, hémorragique, plus ou moins bourgeonnante ou devant une polypose récidivant rapidement, la première pensée est celle qui fait envisager le cancer.

Chez l'adulte, c'est en général l'épithélioma, et l'on y pensera avec beaucoup de conviction s'il s'agit d'un sujet aux alentours de la cinquantaine.

Chez l'enfant c'est le sarcome.

A un stade avancé, il n'y a aucun doute : le cancer est évident : tumeur bourgeonnante et ulcérée de la fosse nasale avec anesthésie de la région innervée par le sous-orbitaire. Il est rapidement envahissant.

- Il entraîne des déformations osseuses, il gagne les parties molles environnantes.

- Le malade souffre et son état général fléchit peu à peu.

- C'est surtout au début, lorsque la symptomatologie est purement nasale que le problème est délicat.

A priori, tout est en faveur du cancer, car il s'agit d'une affection beaucoup plus fréquente. L'absence de douleurs, de signes d'extériorisation, d'adénopathie, l'état général bien conservé, ne permettent pas d'éliminer une lésion maligne.

Au contraire, en faveur d'une tumeur bénigne on retient peu d'éléments, sinon peut-être une évolution sur plusieurs années lorsqu'elle existe.

2 examens complémentaires sont alors indispensables :

- l'examen radiologique
- l'examen histologique.

II.- ETAPE RADIOLOGIQUE.-

Diverses incidences sont demandées :

- des clichés de face (front - nez et surtout nez - menton, qui permettent l'étude de l'ethmoïde antérieur, ainsi que des sinus maxillaires et frontaux).

- Un cliché de base (HIRTZ) qui montre au mieux l'ethmoïde postérieur et le sinus sphénoïdal.

- des tomographies pourront être utiles. Elles permettront de bien définir les limi-

tes de la tumeur

L'examen de ces clichés apporte 2 ordres de renseignements très importants.

1°) il précise le siège ethmoïdal de la tumeur.

2°) il montre l'absence de destruction osseuse.

En effet, on note :

a) Une opacité franche aux contours assez nets occupant tout ou partie de l'ethmoïde.

- Cette opacité se prolonge vers la fosse nasale correspondante et la comble plus ou moins entièrement, refoulant parfois la cloison du côté opposé.

- Les prolongements éventuels vers le sphénoïde ou vers le sinus maxillaire peuvent être visibles.

- En fait, d'une façon générale, ces aspects radiologiques sont difficiles à préciser : tous les sinus du côté de la tumeur sont opaques ou au moins voilés, en raison de l'infection si fréquemment associée. Il en résulte une grande difficulté pour déterminer la part qui revient à la tumeur.

b) Quoi qu'il en soit, un signe capital est mis en évidence : il n'existe pas de destruction osseuse.

Les contours orbitaires, la cloison intersinuso-nasale, la limite pterygoïdienne, sont parfaitement intacts.

Ce fait a une énorme valeur et est en faveur d'une tumeur bénigne.

En réalité, il n'est pas formel - il ne suffit pas pour affirmer l'absence de malignité - il n'est qu'un élément supplémentaire et un appoint important au diagnostic.

III.- QUELLE EST DONC LA CONDUITE A TENIR ?

En principe, la certitude pourrait être donnée par la biopsie. Mais cette biopsie, a-t-on intérêt à la pratiquer ? Son seul avantage serait de fournir un diagnostic précis avant la décision thérapeutique. Mais par ailleurs, elle présente de nombreux inconvénients et nous la déconseillons formellement.

- Si, au niveau d'une autre tumeur, la prise d'un petit fragment est de toute innocuité, dans le cas particulier, il va s'ensuivre une hémorragie extrêmement abondante qu'on aura toutes les peines à arrêter. Le tamponnement postérieur sera nécessaire et bien souvent l'hémorragie réapparaîtra lors du déméchage, posant d'inquiétants problèmes.

- La biopsie est donc dangereuse d'une part, d'autre part elle est dans certains cas inutile.

- En effet, si parfois elle donne des résultats formels, il arrive également que la réponse histo-pathologique est insuffisante, discutable ou erronée. Il faudrait sans doute pratiquer un prélèvement très profond mais on s'expose alors à des risques hémorragiques encore plus importants.

- L'examen histologique doit donc porter sur la pièce opératoire et c'est à lui que doit revenir le dernier mot du diagnostic. En réalité, nous avons vu que parmi ces tumeurs certaines n'avaient encore pu être définies, que leur caractère bénin ou malign n'avait même pu être précisé. Dans ces cas, l'évolution sera le seul critère.

- De toute façon le traitement de ces tumeurs est le même.

TRAITEMENT

— : —

La répétition des hémorragies, l'obstruction nasale progressive et leurs conséquences, constituent un grave danger incontestable qu'il convient de traiter.

2 modes de traitements peuvent être envisagés :

- l'un non sanglant,
- l'autre chirurgical.

I.- QUELLES SONT LEURS INDICATIONS RESPECTIVES ?

- Pratiquement, dans tous les cas, la seule attitude thérapeutique est l'extirpation chirurgicale, c'est la seule méthode efficace.

- Cependant, certains auteurs, poussés par la crainte des hémorragies, que pourrait entraîner l'ablation d'une néoformation si vascularisée, ont proposé un traitement non sanglant.

En réalité une telle conduite ne peut se trouver justifiée que dans des circonstances très particulières :

- en cas de contre-indications majeures à tout acte chirurgical : troubles graves de l'état général.

trouble de la crase sanguine (hémophilie-hémogénie).

- ou à titre palliatif - lorsqu'il n'y a pas urgence - de toute façon dans l'attente du traitement radical.

II.- LES METHODES.-

A/- Traitement non sanglant -

Il s'inspire du traitement des tumeurs vasculaires des fosses nasales en général.

Les techniques sont multiples :

a) Certains auteurs ont proposé l'injection intra-tumorale de diverses substances :

- Von BAJKAY préconise des injections locales de :

- sérum salé à 20°/oo,
- de sérum glucosé hypertonique
- alcool à 80°
- quinine
- tanin.

- RETHI propose l'injection intra-tumorale de 2 cc de perchlorure de fer à 5 % qu'il fait suivre d'une galvano-cautérisation pour détruire la tumeur.

b) URBANTSCHITSCH a obtenu un excellent résultat avec fonte totale d'un angiome de la fosse nasale par insertion locale de plusieurs aiguilles de Magnésium.

c) L'électrocoagulation a été essayée, mais n'a pas empêché les récidives.

d) Enfin les radiations ont pu être employées.

- DEL MAGNO a eu l'occasion de traiter un angio-fibrome du sinus maxillaire et de la fosse nasale par radiumthérapie et roentgenthérapie mais il n'a eu aucun résultat. Ces tumeurs paraissent radio-résistantes.

- La méthode reste cependant intéressante si l'on veut dans un temps pré-opératoire réduire le caractère hémorragique de ces tumeurs. On peut utiliser soit les

Rayons X, soit le Radium en tubes placés autour de la tumeur, comme l'a préconisé PESCEITI. Les doses doivent être modérées et étudiées soigneusement.

Néanmoins, si l'on s'agit d'un enfant, cette thérapeutique sera à proscrire en raison de la proximité des cartilages et des risques de radionécrose.

B/- Traitement chirurgical :

- C'est en réalité le seul traitement à conseiller.
- Pour être efficace, l'extirpation devra être complète.
- La méthode qui utilise l'anse froide ou l'anse diathermique et qui consiste à sectionner le pédicule est mauvaise et dangereuse - outre les gros risques hémorragiques qu'elle présente, elle est insuffisante et conduit toujours à la récurrence.
- Seule l'éradication totale de la tumeur est valable et amène la guérison.

Mais il s'agit d'une intervention importante qui doit être conduite avec beaucoup de précautions.

1°) Préparation du Malade :

- Tous les examens pré-opératoires d'usage devront être pratiqués :
 - examens des urines (sucre - albumine),
 - dosage de la glycémie
 - dosage de l'urée sanguine - du cholestérol - des protides.
 - calcul du rapport sérine/globulines.
 - Hématocrite.
 - Temps de saignement et de coagulation.
 - et surtout numération globulaire - formule leucocytaire.
- le groupe du malade sera déterminé.

- un examen général sera pratiqué.
- Les déficiences rencontrées seront corrigées.
- Une anémie sera réparée par quelques transfusions.
- Du sang sera prévu pour l'intervention.
- En outre, un traitement antibiotique de quelques jours pourra éventuellement être entrepris pour lutter contre l'infection associée.
- La veille et le matin de l'intervention le malade recevra une pré-médication en rapport avec le mode d'anesthésie envisagé.

2°) Modalités opératoires :

- Un des principaux objectifs est de chercher à limiter le plus possible l'hémorragie.

a) Choix du mode d'anesthésie :

- Il est essentiellement fonction des préférences de l'opérateur et de l'âge de la malade .
- L'anesthésie loco-régionale, hyperadrénalinée, avec forte prémédication, préconisée par LEMARIEY, a l'avantage de rendre l'acte opératoire beaucoup moins hémorragique. Mais, chez l'enfant, elle ne peut être envisagée.
- L'anesthésie générale, beaucoup plus confortable, est celle que nous préférons dans tous les cas.

L'administration d'un "cocktail" : phénergan - largactil - dolosal (dont les doses seront réparties selon l'âge) est systématique - c'est une excellente prémédication qui permet de réduire au maximum les doses d'anesthésiques et qui, grâce à son action hypotensive, permet un saignement moindre.

L'anesthésie utilise le Penthotal - l'éther et le protoxyde d'azote en circuit

fermé avec intubation laryngo-trachéale. La sonde à ballonnet et le tamponnement pharyngé évitent la chute du sang dans les voies aériennes.

Chez l'adulte, il est bon d'avoir recours à l'hypotension contrôlée chaque fois qu'on le peut, et si la résistance du sujet le permet.

Chez l'enfant; au contraire, elle est contre-indiquée en raison de ses dangers. Il faudra se contenter de basculer la table vers les pieds, c'est là une excellente manoeuvre à ne pas négliger.

b) Ligature préalable de la carotide externe du côté de la tumeur dans le même temps.

- Elle diminue l'hémorragie opératoire de façon très appréciable. Si elle n'est pas indispensable, nous la conseillons cependant vivement.

c) La voie d'abord : Diverses voies d'abord peuvent être proposées :

1° - La voie endonasale : elle est difficile et dangereuse - elle ne peut être retenue.

2° - La voie trans-sinuso-maxillaire :

- permet l'ethmoïdectomie selon la technique de de Lima.

- Celle-ci est associée à l'extraction de la tumeur par voie endonasale.

- Cette méthode a l'avantage de conserver la lame des cornets, mais elle semble un peu aveugle.

3° - Au contraire, 2 voies sont excellentes et donnent un jour parfait, à la fois sur l'ethmoïde et sur la fosse nasale. Ce sont :

la voie de Rouge-Denker
la voie para-latéro-nasale.

Elles ont toutes les deux l'avantage de permettre d'opérer à ciel ouvert et de maîtriser facilement l'hémorragie.

a) La voie de Rouge-Denker :

Elle présente plusieurs avantages :

- son exécution est facile.
- Elle respecte l'esthétique en ne laissant aucune cicatrice extérieure.
- Elle permet d'explorer le sinus maxillaire correspondant.
- L'abord de l'ethmoïde est direct lorsqu'on a bien pris soin d'agrandir l'orifice piriforme vers le haut.

C'est la voie qui a été employée chez les deux enfants dont nous présentons les observations (N° 1 et 2) ainsi que chez une femme (N° 4).

b) La voie para-latéro-nasale haute :

- a été utilisée par LEMARIEY.
- Elle donne encore une meilleure vue sur l'ethmoïde et sur la fosse nasale.
- Elle présente en outre l'avantage de ménager l'étage inférieur pour extraire une tumeur de l'étage moyen.
- Cependant, elle a un inconvénient important c'est la cicatrice qu'elle laisse, d'autant qu'il s'agit de femmes jeunes.

Aussi notre préférence va-t-elle au Rouge-Denker qui donne un très bon jour et qui ménage entièrement l'esthétique. Si l'une de nos malades (obs. N° 3) a été opérée par Rhinotomie para-latéro-nasale, c'est en raison d'une erreur de diagnostic.

3°) Technique opératoire :

- Bien qu'il s'agisse de tumeurs bénignes, l'acte chirurgical doit être large ; ces

tumeurs extrêmement hémorragiques devant être circonscrites à distance en tissu sain.

- Quelle que soit la voie d'abord choisie, Rouge-Denker ou Para-latéro-nasale haute, l'intervention consiste en une ethmoïdectomie totale. Il convient en outre d'explorer les sinus maxillaire et sphénoïdal à la recherche de prolongements éventuels de la tumeur ou de polypes associés.

L'extraction de la tumeur se fera à la grosse pince de Luc. Elle ne présente en général aucune difficulté. L'implantation de ces tumeurs n'a en effet jamais la solidité de celle des fibromes naso-pharyngiens. L'injection d'adrénaline dans le pédicule est ici inutile. L'intervention doit être menée rapidement. L'aspirateur sera d'un heureux secours.

Dès que la tumeur est extraite dans sa totalité, l'hémorragie cesse.

- Un tamponnement de sécurité est mis en place et laissé 24 - 48 h.

- Pendant toute l'intervention, la surveillance de l'anesthésiste doit être particulièrement attentive en raison de la possibilité de choc. Dans tous les cas, il est moindre que celui qui peut se produire lors de l'extraction d'un fibrome naso-pharyngien.

4°) Suites opératoires :

- L'acte opératoire aura pu être choquant pour la malade. Elle bénéficiera des méthodes de réanimation modernes - quelques perfusions de sang permettront de reconstituer la masse sanguine lorsque l'hémorragie aura été importante.

- En général, les suites opératoires sont simples - le détamponnement ne donne lieu à aucun saignement important.

- La malade guérit et ne récidive pas lorsque l'intervention a été complète.
- Le seul ennui qui demande parfois une surveillance et des soins prolongés est la formation de croûtes dans la cavité.

CONCLUSIONS

Les tumeurs saignantes bénignes de l'ethmoïde constituent un groupe de tumeurs rares qui ne figurent pas dans les ouvrages classiques. Les observations qui s'y rapportent sont de publication récente. Nous en apportons 4 nouveaux cas.

- DU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE :

Elles se rencontrent à tous les âges de la vie, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant et le sujet âgé.

Mais, fait remarquable, elles touchent avec prédilection le sexe féminin.

- Aucune cause favorisante ne peut être retenue - leur pathogénie est parfaitement inconnue.

- ANATOMIQUEMENT : ce sont des tumeurs qui siègent au niveau de l'ethmoïde qu'elles occupent partiellement ou en totalité:

- Leur implantation se fait souvent au plafond de l'ethmoïde. Cette zone d'adhérence est facile à rompre lors de l'extirpation chirurgicale.

- L'extériorisation se fait avant tout vers la fosse nasale par la voie du méat moyen.

- L'évolution est celle des tumeurs bénignes : elles n'entraînent aucune destruction osseuse - elles n'envahissent jamais les organes environnants - elles ne donnent jamais ni adénopathies, ni métastases.

- CLINIQUEMENT :

Elles se manifestent :

- par des hémorragies répétées et abondantes qui peuvent entraîner un état d'anémie sérieux : c'est là leur gravité essentielle.

- par une obstruction nasale unilatérale, totale et permanente, source de complications qui ne régressent qu'après l'ablation de la tumeur.

- La tumeur est en général volumineuse, pédiculée, appendue au méat moyen, rouge ou violacée, d'aspect polypoïde ou pseudo-sarcomateux, saignant au moindre contact. Son siège est uniquement nasal, elle laisse libre le cavum.

- Le diagnostic en est difficile :

- Ces tumeurs devront être différenciées essentiellement :

- du polype choanal et du polype pseudo-angiomateux,

- du fibrome naso-pharyngien à évolution antérieure,

- des tumeurs angiomateuses du sinus maxillaire également rares,

- et surtout du cancer de l'ethmoïde (épithélioma chez l'adulte - sarcome chez l'enfant).

- Des examens complémentaires sont indispensables.

- examen radiologique qui fournit un appoint important au diagnostic.

- examen histologique qui doit porter sur la pièce opératoire et non sur un prélèvement biopsique, dangereux et parfois inutile.

- Les aspects histologiques rencontrés sont très variables.

Elles constituent un groupe très disparate.

On rencontre des angiomes capillaires, des angiomes caverneux, des angio-histiocytomes, des angio-histiocyto-fibromes et des fibro-angiomes.

En outre, certaines de ces tumeurs n'ont pu encore être définies malgré les avis nombreux demandés à divers spécialistes.

- Quoi qu'il en soit, la thérapeutique est la même : elle est uniquement chirurgicale.

S'entourant de toutes les précautions pour réduire au maximum l'hémorragie opératoire, on intervient par la voie de Rouge-Denker, préférable à la voie para-latéro-nasale qui laisse une cicatrice plus ou moins disgracieuse chez ces femmes jeunes et on pratique une ethmoïdectomie totale avec extraction complète de la tumeur.

Les résultats de ce traitement sont très favorables, c'est la seule méthode qui permette d'éviter les récidives.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : A. AUBIN

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

—:—

BERTOIN

Angiomes des fosses nasales, non implantés sur la cloison
Revue de Laryngologie 1923 p. 753

BLOCH

Angiome localisé de la fosse nasale gauche
Annales d'oto-laryngologie 1950 67/4
p. 318

DELARUE

Contribution à l'étude histologique et anatomo-clinique des polypes du nez.
Annales d'anatomie pathologique X.7
p. 879-894

Del MAGNO et NICCOLI VALLESI

Angio-fibrome saignant de la fosse nasale et du sinus maxillaire d'évolution rapide
Boll. Malattie dell Orecchio 1950 68/1
2 p. 24 - 31

DUPERRAT Raymond

Etude des angiomes - Classification
Thèse Paris 1953 N° 169

FEVRE

Malformations vasculaires et tumeurs de l'enfant
Masson édit.

FIORI-RATTI

Hémangiome du sinus maxillaire et de l'ethmoïde.
Bolletino delle Malattie dell Orecchio 1948 66/3-4 p. 83-97

FLEURY et LEMOYNE

Angio-histiocyto-fibrome de la fosse nasale

Annales d'oto-laryngologie 1955 72/11-12 p. 926-928

GARDERE

Polype saignant de la cloison

Thèse Paris 1922

GIUFFRIDA

Considérations histopathogéniques sur les néoformations angioblastiques, angiectasiques de la muqueuse des voies aériennes supérieures

L'O.R.L. Italiana 1947 15/4 p. 225-247

GRIMAUD

Un cas d'angiome caverneux du sinus maxillaire chez un enfant

Journal français d'O.R.L. 1956 5/1 p. 126

HUET et LAVAYLE

Angio-histiocytome des fosses nasales

Annales d'oto-laryngologie 1953 70/11-12 p. 785-786

LABORDE Simone

Traitement des angiomes chez les enfants

LEMARIEY

Oto-rhino-laryngologie infantile

Masson éd.

LEMARIEY et MULLER

Un cas d'angiome caverneux de l'ethmoïde

Annales d'otolaryngologie 1953 70/1 p. 54-55

MALAN

Contribution à l'étude des polypes saignants de la muqueuse nasale

Revue de Laryngologie 1910 T. II p. 539.

MAYOUX

Une cause rare d'épistaxis.
Annales d'oto-Laryngologie 1933
p. 1083-1084

MEDA

Les hémangiomes du massif facial.
Archivio Italiano di Otologia
1948 - 59 / 6 -
p. 305-324

MILLARD

Un cas d'hémangiome caverneux des
fosses nasales
Annales d'oto-laryngologie 1955 72/4
p. 343-344

PAGES BORDES

Tumeurs fibro-vasculaires des fosses
nasales.
Thèse Montpellier 1938 1939 N° 60

PARCHET Victor

L'angio-fibrome naso-pharyngien chez
la femme
Annales d'oto-laryngologie 1951 T. 58
p. 60

PESCETTI

Action hémostatique du radium dans les
épistaxis dues aux néoplasmes des
fosses nasales

PIQUET

Tumeur angiomateuse des fosses nasales
Annales d'oto-laryngologie 1937 1/5
p. 393-397

RADCLIFFE

Fibro-angiome de l'ethmoïde
Journal of Laryngology 1951 65/11
p. 786-87

RETHI

Traitement des hémangiomes des voies
aériennes supérieures
Pratica O.R.L. 1949 11/4 p. 288-294

SEBILLEAU

Considérations sur les fibromes
naso-pharyngiens
Bull. et Mém. Soc. Fr. d'O.R.L. Congrès
1923 t. 36 p. 3 à 86

SMITH

Angio-fibrosarcome de l'ethmoïde et
du sinus frontal compliqué d'ostéo-
myélite du frontal et d'abcès épi-dural
Annals of Otology 1950-59/3 p. 650-656

TERRACOL

Maladies des fosses nasales
Masson Ed. p. 415

TRIMARCHI

Contribution à l'étude des angio-fibro-
mes des fosses nasales
Archivio Italiano di Otologia 1921
22/5 Résumé dans Annales Mal. de l'oreil-
le 1922 p. 100

URBANTSCHITCH

Nouvelle méthode de traitement des
tumeurs angiomateuses du nez
Monatschrift für Ohrenheilkunde 1948
82/10 p. 425-431

Von BAJKAY

Sur les angiomes de la fosse nasale
Monatschrift für Ohrenheilkunde 1949
83/2 p. 83-86

